

应用引流减压及营养支持治疗上消化道外瘘 5 例体会

周生辉 叶明

(浙江省三门县人民医院 三门 317100)

关键词: 上消化道外瘘; 腹腔引流管; 减压管; 营养造口管

中图分类号: R 656.61

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0073-01

我院 2000 年 1 月~2006 年 1 月同时应用腹腔引流管、减压管、营养造口管(简称“三管”)治疗 5 例上消化道外瘘,取得了满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 3 例,女 2 例;年龄 39~78 岁;消化道外瘘发生时间为术后 4~9d;全胃切除术后食管空肠吻合瘘 1 例,近端胃大部切除术后食管胃吻合口瘘 1 例,胃大部切除术后胃空肠吻合口瘘 2 例,十二直肠残端瘘 1 例。本组 4 例在原发病手术时放置了三管,1 例在原发病手术时仅放置了腹腔引流管和胃肠减压管。

引流管选用内径 0.5~1cm 的带侧孔乳胶管或硅胶管,紧靠但不接触吻合口放置,或放置于小网膜孔处。3 例放置鼻胃管减压,2 例在瘘发生时鼻胃管已拔除,有 2 例减压管经空肠戳孔放置,且发生瘘时尚未拔除。4 例营养性造口管在原发病手术时经空肠上段对系膜侧戳孔放置,并将戳孔处肠壁与穿过肠壁处壁腹膜固定,1 例再次手术放置空肠营养管。

1.2 治疗方法 保持腹腔引流管通畅,并接负压装置,记录引流出的液体量和性状,必要时冲洗引流管。如首次手术时放置的减压管已拔除,一经确诊应重新置管。三管放置时间依据病人情况而定,减压管在 7~10d 后停止负压吸引,在腹腔引流管拔除前拔除;营养造口管如进食后无异常可拔除。

在瘘发生初期体温较高或胃肠功能尚未恢复时,适当施行静脉内营养,待体温、胃肠功能恢复,即开始经营养造口管输注肠内营养液或自制营养液,逐渐取代静脉内营养为全胃肠内营养。自制营养液为流质的混合奶,每 1 000mL 混合奶中含糖 140g、脂肪和蛋白质各 35g,2 000~2 500mL/d,分 5~6

次定时灌入或均匀滴注,必要时加入止泻药,适当补充维生素、微量元素。

依据尿量、消化液丢失量计算补液总量,同时依据生化检测结果及时纠正电解质及酸碱平衡失调。本组 5 例减压管及腹腔引流管吸出的消化液每日达 500~2 500mL,我们将新鲜消化液直接经营养造口管回输,减少了蛋白丢失,对维持水电解质及酸碱平衡也起到了重要作用。

1.3 治疗结果 5 例全部治愈,痊愈时间为 15~71d,平均 30d;医疗费用 6 000~30 000 元(不包括原发病治疗费),平均 11 000 元;出院后随访 10 个月~6 年,1 例术后 1 年死于癌症复发,1 例轻度消化不良,其余 3 例生活质量良好。

2 讨论

上消化道外瘘是一种严重的术后并发症,其病死率达 10%~42%,故讨论、研究适合基层医院的治疗方法尤为重要。本组实践证明利用“三管”治疗上消化道外瘘,具有疗程短、痛苦小、花费少、效果好的优点。我们对吻合口或十二指肠残端封闭难以达到满意效果、有发生瘘的高危因素病人均放置“三管”,且强调腹腔引流管、营养性造口管要在发生瘘的危险期过后再拔除。本组 5 例均属高危病人,在原发病手术时放置了“三管”或“两管”,为治疗提供了极大的方便。本组 1 例病人原发病手术时未放置营养性空肠造口管而接受再次手术。

我们体会充分利用“三管”具有以下优点:(1)保证腹腔有害液体及消化液及时引出,防治腹腔内感染,减少对组织的消化腐蚀作用;(2)保证了肠内营养支持,避免因长期胃肠外营养所带来的巨大经济负担及其他副反应。

(收稿日期: 2007-04-23)

中西医结合治疗粘连性肠梗阻 20 例体会

夏成根

(浙江省象山县丹城中心卫生院 象山 315700)

关键词: 粘连性肠梗阻; 中西医结合疗法; 穴位注射; 复方大承气汤; 解痉剂; 镇痛剂; 液体石蜡油

中图分类号: R 574.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0073-02

腹部手术尤其是阑尾切除术、胃十二指肠溃疡穿孔等手术并发粘连性肠梗阻,在临床上较为多见。本院采用中西医结合疗法治疗 20 例粘连性肠梗阻患者,取得了较为满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 20 例,其中男 12 例,女 8 例;年龄 15~64 岁;其中阑尾炎术后 10 例,胃十二指肠溃疡穿孔术后

5 例,脾破裂术后 1 例,肠套叠 1 例,胆囊炎胆石症 3 例。

1.2 治疗方法 我们采取总攻疗法,分以下几个步骤:(1)准备阶段:胃肠减压,纠正水、电解质和酸碱失衡,酌情补钾,应用抗生素、解痉剂和镇痛剂。(2)生植物油:液体石蜡油,成人 200mL,儿童酌减,加温至 20℃口服或由胃管注入。(3)中药治疗以通里攻下为主,辅以理气开郁及活血化瘀等方法。方剂组成:复方大承气汤:大黄 24g(后下)、厚朴 15g、枳实 10g、

芒硝 15g(冲)、炒莱菔子 30g、木香 15g、桃仁 10g、牛膝 10g，宽肠理气汤(适用于病情较轻者)：香附 9g、桃仁 9g、小茴香 9g、郁李仁 9g、当归 15g、肉苁蓉 30g。(4)足三里穴位注射新斯的明 0.25~0.5mg。(5)中药或肥皂水洗肠。

1.3 治疗效果 梗阻解除指征：自觉腹痛明显减轻或基本消失，通畅的排气排便，腹胀明显减轻或消失，高调肠鸣音消失，腹部平片显示气液平消失。结果 20 例中除 1 例并发绞窄性肠梗阻中转手术外，均取得满意疗效，总有效率 95%。

2 讨论

粘连性肠梗阻多为手术后引起，阑尾炎及胃肠道手术后多见，腹膜及肠管的炎症疾病，如结核性腹膜炎、肠系膜淋巴结核也是形成粘连的常见原因。中医学对此病早有记载，属于“关格”和“肠结”一类疾病，症见潮热、谵语、大便秘结、腹部胀满硬痛拒按或高热神昏，舌苔厚黄而干，脉沉实有力。中药治疗以通里攻下为主，辅以理气开郁及活血化瘀等法，使腹气通畅，则诸症可解。本院对症状较重者采用复方大承

气汤，方中大黄苦寒，泻热通便、荡涤肠胃为主药；辅以芒硝咸寒泻热、软坚通便，两热相伍，泻下除热；配伍枳实、厚朴消痞除满，破气散结，使气行便通。本方泻下药与行气药合用有峻下热结之功，使胃气承顺下方，但药力颇峻，对老弱病者及孕妇，当慎用或禁用。

若在治疗过程中发现有以下情况者即应考虑绞窄性肠梗阻，及时中转手术。(1)腹痛发作急骤，呈持续性加重，且伴有腰背痛，呕吐早而持续。(2)病情发展快，早期出现休克，抗休克治疗改善不明显。(3)有明显的腹膜刺激征，体温、脉搏、血白细胞计数逐渐上升。(4)腹胀不对称，腹部触及有压痛的肿块。(5)呕血，便血，直肠指诊指套有血，腹腔穿刺可抽出棕红色臭液。(6)胃肠减压后腹痛不减，经输液治疗后，缺水、血浓缩改善不明显。(7)X 线检查，腹部可见孤立、突出胀大肠袢不因时间而改变。

(收稿日期：2007-04-11)

经胃管注入“泛影葡胺注射液”X 线透视协助确定
粘连性肠梗阻手术时机的临床分析 *

邱招涨 林进喜 欧世州 施昌村
(浙江省温州市苍南县第二人民医院 苍南 325802)

关键词：粘连性肠梗阻；泛影葡胺注射液；X 线透视
中图分类号：R 574.2 文献标识码：B 文献编号：1671-4040(2007)06-0074-01

肠梗阻临床上发病率较高，尤其是术后粘连性肠梗阻，占各类肠梗阻 20%~40%^[1]，其中 80%为手术后引起，是否手术、手术时机的选择，仍是一个较为困难的问题。我院自 2005~2006 年，对 50 名粘连性肠梗阻病人胃管注入“泛影葡胺注射液”，并 X 线跟踪 6~12h，从而选择手术时机，取得较满意的成果。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 36 例，女性 14 例；年龄 15~75 岁；就诊时间为发病后 1~5d。伴有不同程度脱水、离子紊乱者 20 例。经胃肠减压、补液、灌肠及中西医结合治疗不见好转，而行手术治疗 40 例，占 80%；非手术治疗 10 例，占 20%。

1.2 操作方法及结果 病人经胃肠减压后，充分吸出胃液及食物残渣。再将 60%~75%泛影葡胺注射液 60~80mL，经胃管缓慢注入胃内，夹住胃肠减压管，防止造影剂流出，让病人半卧位或离床活动 10~15min，约半小时后在 X 线下观察泛影葡胺达到的位置。以后每小时观察 1 次，一般 3h、6h、12h 各摄片一张。当药物出现在肠管内受阻后，仍需严密观察，并结合临床的症状和体征，如 6~12h 受阻药物完全不能通过或仅有极少部分通过梗阻部位，应手术治疗。如造影剂通过受阻部位缓慢，或大部分可以通过，仍可行中西医结合的非手术疗法。检查治疗结果见表 1。

2 讨论

粘连性肠梗阻的手术时机选择，应持有慎重态度，因为

表 1 造影前后 X 线透视协助确定手术时机效果

液平面位置 / 例		判断梗阻部位 / 例	术中梗阻部位 / 例	术前与术中相一致 / 例(%)
造影前	上腹部:15,中腹部:5,下腹部:20	空肠:15,回肠:25	空肠:19,回肠:21	32(80)
造影后	上腹部:15,中腹部:10,下腹部:15	空肠:19,回肠:21	空肠:19,回肠:21	40(100)

随着手术次数的增多，导致粘连性肠梗阻发病率也会增高，手术难度随着加大。所以粘连性肠梗阻的病人在临床上多采用禁食、胃肠减压、纠正水盐失调、灌肠、中药治疗等措施。并严密观察病情，结合造影前 X 线表现决定是否需要手术。但对一些老年、儿童、体弱及疼痛反应不甚敏感的病人或过度敏感的病人往往造成临床的假象，或出现不应采取的手术方法，或失去了早期手术时机，不但给手术造成了一定困难，同时也加重了病情，及术后并发症的发生。我院采用的“泛影葡胺注射液”经胃管注入，能在严密观察病人的生命指征和临床体征的同时，增加了一个客观指标，从而对病人是否手术及手术时机的选择，提供了可靠的依据。且此方法对病人无痛苦，操作方便，经济实惠，而且不影响病人的其他处置，特别是影像学上可以确定梗阻的部位^[2]，从而也可以帮助确定手术切口部位，对确定病人是否手术及手术时机的选择是可行的，值得推广。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.粘连性肠梗阻[M].北京:人民卫生出版社,2003.480
[2]张小鹏,孙应实.影像技术在胃肠外科中的应用[J].中国实用外科杂志,2004,24(11):656

(收稿日期：2007-04-19)

* 浙江省苍南县科学技术局课题(编号:2005S32)